



FEDERACIÓN CANARIA DE BALONMANO
C/ León y Castillo, 26-28, 3º
35003 LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

PROGRAMA DE TECNIFICACIÓN DEPORTIVA AUTORIZACIÓN PATERNA

D. /Dña. _____ con DNI/PAS _____

y domicilio en Calle _____ Nº ____ Piso ____ Código Postal _____

Municipio _____ Provincia _____

NºTeléfono _____ / _____ Correo electrónico _____

Como padre/madre/tutor del/la jugador/a _____

con DNI/PAS/ _____ y Fecha de Nacimiento _____

AUTORIZO:

A que participe en las distintas actividades, entrenamientos, competiciones oficiales o amistosa las Selecciones Canarias

Permitiendo, así mismo, expresamente, a los responsables de la Selección, a realizar las gestiones oportunas en caso de tratamiento médico, eventual hospitalización y / o cualquier otro procedimiento necesario.

Ante tales eventualidades, comunico a la organización que el/la deportista es alérgico/a a los siguientes medicamentos:

comunico que, en lo que se refiere a sus comidas, el/la deportista es alérgico/a o intolerante a:

Comunico que, en lo que se refiere a enfermedades padece o está en tratamiento de:

Asimismo, le autorizo a salir del recinto de la Instalación, cuando así sea permitido por los responsables de la actividad, en los períodos de descanso previstos, así como a las asistencias a los actos programados.

En _____, a _____ de _____ de _____
El Padre/Madre/ o Tutor

Firmado: D/Dª _____

Anverso DNI	Reverso DNI
--------------------	--------------------

OBLIGATORIO DNI DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Este documento deberá ser remitido al correo fcanariabm@gmail.com antes del día 7 de noviembre de 2025.